

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina
Artigo de Revisão Bibliográfica

SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Ana Rita Ferreira Sousa

Orientadora: Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira

Grau Académico: Assistente Convidada do ICBAS

Título profissional: Assistente Graduada de Psiquiatria

Coorientadora: Dra. Maria Margarida Pinheiro da Silva Branco

Grau Académico: Licenciatura

Título Profissional: Técnico Superior – Psicologia Clínica

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo
Ferreira nº228, 4050-313 Porto.

Porto, 2017

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimentos | 2 |
| Resumo | 3 |
| Abstract | 4 |
| Abreviaturas | 5 |
| Introdução | 6 |
| Stress | 8 |
| Síndrome de Burnout | 10 |
| Definição | 10 |
| Manifestações clínicas | 12 |
| Fatores Predisponentes | 13 |
| Definição de Medicina Geral e Familiar | 15 |
| Papel do Médico de Família | 17 |
| Síndrome de Burnout nos Médicos de Medicina Geral e Familiar | 18 |
| Prevalência | 18 |
| Causas do Síndrome de Burnout | 19 |
| Consequências do Síndrome de Burnout | 22 |
| Conclusão | 24 |
| Referências Bibliográficas | 26 |

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso, relembro aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se concretizasse, exprimindo desta forma, a todos, a minha gratidão.

À Dra. Sara Moreira e à Dra. Margarida Branco, por terem aceite orientar este trabalho e pela disponibilidade e ajuda ao longo de toda a elaboração do mesmo.

À minha família, principalmente ao meu pai, à minha mãe e ao meu irmão, pelo apoio incondicional ao longo destes 6 anos de curso.

Ao Ricardo Sousa um agradecimento especial pelo carinho, por toda a ajuda que me deu ao longo deste caminho percorrido e por estar sempre presente nos momentos de maior aflição e preocupação.

À Tuna Feminina de Biomédicas, que me ajudou na adaptação à vida académica e que me proporcionou momentos inesquecíveis que irei recordar para sempre.

A todos os meus amigos por me fazerem sempre crescer em diversos níveis quer pessoal, quer profissional, por sempre me apoiarem, por me proporcionarem grandes momentos de diversão e por terem tornados estes 6 anos incríveis.

Esta dissertação é dedicada ao meu avô por todo o carinho e por todos os valores e princípios que me transmitiu enquanto pessoa.

Resumo

Introdução: O trabalho é indispensável para a sobrevivência do Homem, podendo ser gratificante ou um fator de stress. Freudenberg utilizou pela primeira vez o termo Burnout para definir um conjunto de sintomas e sinais associados ao esgotamento físico e emocional que ocorrem no contexto laboral. Este resulta de uma exposição crónica a fatores stressantes, caracterizando-se por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização no trabalho. Afeta principalmente profissionais na área de prestação de serviços, afetando também os profissionais de saúde que lidam diariamente com doentes e com relações hierárquicas e interpessoais tensas. Esta é uma realidade preocupante, uma vez que a qualidade da assistência prestada ao utente pode ser comprometida. A Medicina está no topo das profissões mais stressantes e esta síndrome está a aumentar, sendo mais prevalente nos médicos de Medicina Geral e Familiar do que noutros profissionais dos cuidados de saúde primários.

Objetivos: O principal objetivo é sistematizar os conhecimentos atuais sobre a Síndrome de Burnout (definição, causas, manifestações e consequências), compreendendo o papel do médico de família e quais as exigências do seu trabalho, de modo a estabelecer as causas e consequências de Burnout nestes profissionais.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas PubMed, Science Direct, Google Scholar e Cochrane, identificando-se artigos científicos e de revisão realizados no período compreendido entre 2012 e 2017. Devido à grande quantidade de informação existente, foram selecionados aqueles de particular interesse para este trabalho. Destes, foram ainda revistas as referências de modo a encontrar outros artigos de relevo que não foram encontrados na busca inicial. A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e a definição europeia de Medicina Geral e Familiar da Wonca foram também consultadas, tendo sido relevantes para o desenvolvimento do trabalho.

Palavras chave: Stress, Burnout, Síndrome de Burnout, Médicos, Médicos de Família, Medicina Geral e Familiar, Prevalência, Causas, Consequências

Abstract

Introduction: Work is essential for the survival of humanity and it can be rewarding or a factor of stress. Freudenberg was the first to use the term Burnout to define a set of signs and symptoms associated with physical and emotional exhaustions that occur in the workplace context. This results from a chronic exposure to stressful factors and is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low achievement at work. It mainly affects professionals who provide services, of which, among others, health professionals are part, dealing daily with sick people, and sometimes with hierarchical and tense interpersonal relationships. The medicine is at the top of the professions more stressful and, therefore, this syndrome is increasing in this area, being more prevalent in General doctors than in other professionals of primary health care.

Objectives: The main objective is to systematize current knowledge about Burnout Syndrome (definition, causes, manifestations and consequences), understanding the role of the family physician and the requirements of his work, in order to establish the causes and consequences of Burnout in these professionals.

Methodology: A search was made in the electronic databases PubMed, Science Direct, Google Scholar and Cochrane, identifying scientific and review articles carried out in the period between 2012 and 2017. Due to the large amount of information, I selected those with particular interest for this work. Of these, references were also revised in order to find other articles of relevance that were not found in the initial search. The Portuguese Journal of General Medicine and the European definition of General and Family Medicine were also consulted as they were relevant to the development of the work.

Keywords: Stress, Burnout, Burnout Syndrome, Physicians, General Practitioners, General Medicine, Prevalence, Causes, Consequences

Abreviaturas

I

IE Inteligência Emocional

M

MBI Maslach Burnout Inventory

MGF Medicina Geral e Familiar

S

SNS Serviço Nacional de Saúde

Introdução

O trabalho é uma das formas mais genuínas do Homem se relacionar e construir a sua própria história (das Mercês et al. 2016). Constitui um fator importante de satisfação, não só através do preenchimento das necessidades básicas como seres humanos, como também através do preenchimento das necessidades psicológicas. Hoje em dia, as pessoas acreditam que o trabalho é um meio que lhes permite identificarem-se consigo próprias, tornando-as independentes e seguras de si mesmas passando, por isso, grande parte do seu tempo no seu local de trabalho, de modo a atingirem a sua felicidade pessoal (Vlachou et al. 2016). Além de prover os meios necessários para a subsistência humana, a atividade laboral ajuda a definir o status que o indivíduo assume na sociedade e a sua própria identidade pessoal, permitindo ainda a organização do seu tempo e enriquecendo as suas relações pessoais (Estramiana et al. 2012). Os locais de trabalho são ambientes sociais caracterizados por relações interpessoais e hierárquicas. Os seus aspetos psicossociais como a organização, as condições e a carga do mesmo, são fatores importantes pelo que o reconhecimento de que esses fatores têm impacto na saúde e no bem-estar dos trabalhadores tem crescido na última década (Galletta et al. 2016).

O mundo do trabalho é um dos principais causadores de stress. O stress é definido como uma relação entre os mecanismos de adaptação e a interação entre o próprio e o ambiente ou como uma situação capaz de sobrecarregar o bem-estar individual e, portanto, despoletar distúrbios psicológicos, condutas desviantes e em último caso, doença (García-Campayo et al. 2016). O stress no local de trabalho tem-se tornado um tema bastante importante uma vez que traz graves consequências para os trabalhadores (Tziner et al. 2015; García-Campayo et al. 2016).

Embora a prática da Medicina possa ser incrivelmente enriquecedora, é também exigente e stressante (Shanafelt et al. 2012). Os médicos estão continuamente a tentar responder às necessidades dos seus doentes e familiares, interagindo com aspetos emocionais intensos e, ao mesmo tempo, investindo os seus próprios recursos emocionais para cuidarem dos outros (Abyad et al. 2016). Quando os níveis de stress no trabalho excedem a capacidade de um indivíduo lidar e superar esse stress durante um período prolongado de tempo, surge o Burnout, sendo então definido como a incapacidade de lidar com um estímulo stressante crónico no trabalho. A Síndrome de Burnout comporta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Yang et al. 2015; Whitebird et al. 2016).

Os profissionais de saúde têm apresentado níveis superiores de Burnout quando comparados com a população geral (Zubairi & Noordin, 2016). Entre os profissionais de saúde, destaca-se a vulnerabilidade dos enfermeiros e dos médicos ao

desenvolvimento desta síndrome, sendo que nos cuidados de saúde primários os médicos são um dos grupos que apresenta os níveis mais elevados (Marôco et al. 2016; Mata et al. 2016).

Stress

Os papéis sociais desempenhados por cada indivíduo e a sua própria qualidade de vida podem ser fatores indutores de stress (Halpern et al. 2009). Isso acontece quando o seu papel social envolve muitas obrigações, quando há um conflito entre diferentes papéis ou quando existe um conflito interpessoal dentro do mesmo papel, por exemplo, entre colegas. Os indicadores da qualidade de vida como o estatuto financeiro, as condições de vida e as relações familiares correlacionam-se com manifestações de stress (García-Campayo et al. 2016).

O stress pode então ser definido como uma relação adaptativa e de interação entre uma pessoa e o ambiente ou até mesmo como um ambiente que pode levar a uma diminuição do bem-estar individual, a distúrbios psicológicos e a doença (García-Campayo et al. 2016). Este está associado a um amplo espectro de preocupações tanto psicossociais como físicas (Tziner et al. 2015). Deste modo, torna-se relevante referir que o stress psicossocial é um importante fator de morbilidade e mortalidade (Bakusic et al. 2016). Aliás, o stress constitui um dos fatores que mais contribui para a existência de problemas de saúde na população geral (García-Campayo et al. 2016). Pode ser consequência de múltiplos fatores e circunstâncias. Assim sendo, tal como dito anteriormente, devido à sua importância na vida das pessoas, o mundo do trabalho é um dos principais geradores de stress (García-Campayo et al. 2016). O stress relacionado com o trabalho pode aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças mentais e influenciar o desempenho no trabalho, levando a má qualidade de atendimento dos doentes (Vicentic et al. 2013).

Os profissionais de saúde são um grupo particular que pode experienciar grandes quantidades de stress no seu ambiente de trabalho (Tremolada et al. 2015). O tema do stress no local de trabalho tornou-se uma questão importante porque as suas consequências podem afetar não só os trabalhadores como os próprios locais de trabalho, nomeadamente, as instituições de saúde. Níveis elevados de stress podem prejudicar o desempenho dos trabalhadores e resultar em comportamentos e atitudes negativas (Tziner et al. 2015). Alguns estudos têm demonstrado que a pressão crónica do trabalho conduz a uma sensação de sobrecarga de energia que prejudica o bem-estar (Urien Angulo & Osca, 2012).

A Teoria da Conservação de Recursos (COR) é uma teoria sobre o stress que se baseia na premissa de que os indivíduos procuram preservar, renovar e aprimorar seus recursos e quando eles não podem fazê-lo experienciam stress. Por outras palavras, o stress ocorre quando os recursos são percebidos como instáveis, ameaçados ou perdidos, ou quando os indivíduos não são capazes de alcançar ou preservar recursos com os meios disponíveis. Os recursos são definidos como as

características pessoais objetivas ou condições que são valorizadas em si mesmas ou que contribuem para a obtenção ou preservação de outros recursos valorizados. A teoria do COR tem sido sugerida como uma teoria integrativa, uma vez que inclui tanto os processos subjetivos do trabalhador como fontes ambientais objetivas ou externas de stress. Com base nesta teoria, pode-se afirmar que, à medida que as exigências do trabalho aumentam e excedem os limites, “roubam” ao trabalhador muitos recursos necessários para cumprir o seu trabalho diário, deixando-o com menos recursos para se dedicar a tarefas regulares, o que por sua vez aumenta a sensação de stress. Isto é, segundo esta teoria, o stress pode ocorrer em três situações: 1) quando os recursos são perdidos ou se esgotam; 2) quando não são suficientes para satisfazer as exigências do trabalho; e 3) quando os recursos investidos não produzem o resultado pretendido (Gregory & Menser, 2015; Tziner et al. 2015). Como o trabalho é essencial na procura de recursos individuais, também é responsável pelo desenvolvimento dos mesmos, sendo importante para a realização completa do trabalho. A natureza de um determinado trabalho associada às suas exigências e ao seu impacto nos recursos de um indivíduo produz uma reação de stress relacionada com o trabalho conhecida como Burnout (Gregory & Menser, 2015). Desta forma, pode-se então afirmar que o Burnout surge quando os níveis de stress no trabalho excedem a capacidade individual de lidar com as situações (Yang et al. 2015).

Síndrome de Burnout

Definição

O termo Burnout, proveniente do Inglês, significa “queimar até à exaustão” (Marôco et al. 2016). Começou a ser utilizado com maior regularidade no meio académico e pelo senso comum a partir da década de 70 nos Estados Unidos, sendo que nas décadas seguintes teve um importante destaque na literatura, principalmente entre estudos que avaliavam profissionais que trabalhavam em contacto direto com o público (Martins et al. 2014).

O termo foi proposto pela primeira vez em 1974 pelo alemão Herber Freudenberger, professor e psicanalista, após o constatar em si mesmo e em alguns dos seus colegas de trabalho (Freudenberger, 1974). Freudenberger introduziu este termo na literatura científica para descrever uma síndrome associada ao esgotamento físico e emocional que ocorre após a exaustão de toda a energia, recursos ou forças disponíveis na realização de tarefas de ajuda aos outros, sendo que a considerava frequente nos profissionais de saúde (Roque & Soares, 2012; Marôco et al. 2016).

Durante os anos 80, o interesse por esta síndrome acentuou-se, expandindo-se a diversas profissões de ajuda e de ensino, mais especificamente, médicos, enfermeiros e professores, surgindo o Burnout como resposta às tensões emocionais que o trabalho de relação contínua destes profissionais pressupõe (Roque & Soares, 2012).

A definição mais utilizada é a de Christine Maslach, que define a Síndrome de Burnout como a perda de interesse profissional, incluindo exaustão física e emocional, onde o profissional não tem qualquer sentimento positivo ou respeito pelos seus pacientes. Em 1981, Maslach e Jackson criaram o questionário “Maslach Burnout Inventory” (MBI), um instrumento estruturado com propriedades psicométricas para medir o nível de esgotamento profissional, sendo considerado o gold standard para avaliar o Burnout (Martins et al. 2014; Sanchez et al. 2015). Este instrumento é um questionário composto por 22 itens, que se baseia nas respostas dos trabalhadores em diferentes situações da sua vida profissional diária, avaliando e analisando as três dimensões independentes e características desta síndrome: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal (Martins et al. 2014; Balcázar-Rincón et al. 2015).

A exaustão emocional caracteriza-se por um sentimento forte de tensão emocional e é descrito como uma sensação de estar sobrecarregado em virtude da realização do próprio trabalho (Bezerra et al. 2014; das Mercedes et al. 2016). Por outras palavras, corresponde à perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho (Martins et al. 2014). Por sua vez, a despersonalização é definida como a atitude negativa que o trabalhador tem para com os seus pacientes. Implica distanciar-se

emocionalmente dos usuários do seu serviço que dependem de cuidados ou de algum tipo de auxílio, adotando comportamentos impessoais e cínicos (das Mercedes et al. 2016; García-Campayo et al. 2016; Vlachou et al. 2016). A reduzida realização pessoal é evidenciada por sentimentos de desmotivação, incompetência e ausência de êxito no trabalho (das Mercedes et al. 2016). Pode ser definida como a tendência que o trabalhador tem de se avaliar sob uma perspectiva negativa, especialmente em relação aos seus serviços e ao conteúdo e resultado do seu trabalho, associado a sentimentos de baixa autoestima profissional (Martins et al. 2014; Vlachou et al. 2016)

Malasch e Jackson defendem então que o Burnout resulta de um envolvimento prolongado em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho (Mata et al. 2016). É um processo gradual, contínuo, inicialmente adaptativo e que se apresenta com flutuações ao longo do tempo, havendo fases mais suaves e fases mais agudas, desenvolvendo-se na fase final de um longo processo de exposição do indivíduo ao stress no trabalho (Gómez-gascón et al. 2013; García-Campayo et al. 2016).

A Inteligência Emocional (IE), definida como a capacidade de gerir os sentimentos e as emoções de modo a usá-los para guiar o pensamento e as ações, desempenha um papel significativo no Burnout, tendo um efeito protetor contra o stress (Cazan & Năstasă, 2015; Vlachou et al. 2016)

Galo de Moraes et al., investigaram o impacto da IE na síndrome de Burnout, tendo os resultados demonstrado que elevada IE correlaciona-se com baixos níveis de exaustão emocional e de despersonalização (de Moraes et al. 2015).

Gil Monte considera que não existe um consenso sobre como é que se processa esta síndrome, tendo proposto um modelo alternativo para explicar o processo (Bezerra et al. 2014). Contudo, considera-a um problema de saúde pública, tendo em conta as suas implicações na saúde física e mental do trabalhador e o comprometimento da sua qualidade de vida (Marôco et al. 2016).

Uma definição mais ampla de Burnout propõe a classificação desta síndrome em 3 subtipos clínicos. O subtipo "frenético" ocorre em pessoas altamente envolvidas na sua atividade profissional, ambiciosas e sobrecarregadas que trabalham cada vez mais até chegarem ao ponto de exaustão. O subtipo "sub-desafiado" é visto em trabalhadores que enfrentam desafios que consideram insuficientes e que ficam indiferentes, insatisfeitos e entediados, lidando com condições de trabalho não estimulantes, não se sentindo por isso desenvolvidos em termos pessoais no seu local de trabalho. O subtipo "desgastado" é caracterizado por não ser capaz de controlar os resultados, pela falta de reconhecimento dos seus esforços e por negligenciar as suas responsabilidades. É visto em pessoas que imediatamente desistem quando enfrentam algum tipo de fator stressante (García-Campayo et al. 2016).

Manifestações Clínicas

O Burnout tem sido caracterizado como um estado afetivo negativo, de longo prazo, que combina fadiga física, cansaço cognitivo e exaustão emocional (Toker & Biron, 2012; Bianchi et al. 2016). Deste modo, a Síndrome de Burnout apresenta múltiplos sintomas, não só emocionais e psíquicos como também físicos (Kasper & Dienel, 2017). A complexidade dos sintomas, associada à sua natureza não específica, pode ter sérias repercussões na saúde (Sanchez et al. 2015). Segundo Grosch e Olsen, a Síndrome de Burnout manifesta-se através de sintomas fisiológicos, comportamentais, psicológicos e clínicos (Roque & Soares, 2012; García-Campayo et al. 2016).

A nível físico as pessoas com Burnout podem apresentar: fadiga crónica, mialgias, dores osteoarticulares, cefaleias de tensão, enxaquecas, disfunção sexual, alterações menstruais, alterações dermatológicas (cutâneas e das mucosas) e alérgicas, imunodeficiências, alterações gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e gastrites, perda ou aumento do apetite, anormalidades respiratórias, patologias cardiovasculares, palpitações, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e perturbações do sono (insónia) (Montero-Marín et al. 2012; Gómez-gascón et al. 2013; Aguirre Roldán & Quijano Barriga 2015; Cordeiro et al. 2015; Galletta et al. 2016).

A nível psíquico e emocional podem apresentar diminuição da atenção e da concentração, alterações da memória, astenia, desânimo, baixa autoestima, instabilidade emocional, desconfiança, impaciência, solidão, sentimento de impotência e depressão (Cordeiro et al. 2015; García-Campayo et al. 2016).

A nível comportamental o Burnout caracteriza-se por: irritabilidade, aumento da agressividade, incapacidade de relaxar, perda da iniciativa, negligência, dificuldade na aceitação de mudanças, comportamentos aditivos e de risco como uso abusivo de café, álcool, tabaco e drogas, e aumento das taxas suicídio (Cordeiro et al. 2015; das Mercedes, et al. 2016; García-Campayo et al. 2016).

Alguns estudos indicam que está associado a um aumento dos sintomas de ansiedade nos trabalhadores das instituições de Saúde (Craiovan, 2015).

Verificou-se que indivíduos com Burnout apresentavam o mesmo número de sintomas depressivos como os doentes clinicamente diagnosticados com depressão (Truchot & Laurent, 2013). No entanto, apesar dos sintomas se sobreporem consideravelmente à depressão, especialmente nas formas mais severas, existem cada vez mais evidências que suportam o argumento de que Burnout e depressão não são conceitos idênticos (Ahola et al. 2014; Sokka et al. 2016). É possível que o Burnout e a depressão resultem de processos similares, mas que ocorrem em diferentes contextos. O Burnout geralmente é considerado um fenómeno estritamente relacionado com o

trabalho enquanto que a depressão pode ocorrer independentemente do contexto (Chiu et al. 2015).

Frequentemente, indivíduos com Burnout referem também dificuldades cognitivas. O impacto do Burnout sobre os processos cognitivos tem sido principalmente avaliado através de estudos comportamentais, que sugerem uma associação com deficiências no controle voluntário da velocidade de processamento da atenção e da memória de trabalho (Maes et al. 2012; Sokka et al. 2016).

Dependendo das medidas preventivas adotadas ou das intervenções realizadas, os sintomas podem-se tornar mais agudos, podem estabilizar ou podem até mesmo diminuir (Bianchi et al. 2015b; García-Campayo et al. 2016).

Fatores predisponentes

O desenvolvimento da Síndrome de Burnout resulta de um desequilíbrio entre as características individuais do trabalhador e os fatores relacionados com o trabalho que realiza (Moss et al. 2016). Por outras palavras, podemos afirmar que o Burnout está relacionado com a personalidade dos próprios indivíduos, com o seu tipo de profissão e com ambiente profissional que os rodeia. Assim sendo, considera-se esta síndrome multifatorial, mas cujas repercussões primárias se observam ao nível dos trabalhadores (Sanchez et al. 2015).

É importante ter a noção de que nem toda a gente tem a mesma perceção sobre uma determinada situação. Isto significa que diferentes indivíduos podem ou não considerar stressantes situações semelhantes. Assim sendo, nem todos desenvolvem Burnout ao encararem a mesma situação stressante no trabalho, existindo alguns que são mais vulneráveis do que outros. Algumas pessoas com determinados traços de personalidade, como por exemplo as que são pouco otimistas, são mais vulneráveis a situações de stress (Hao et al. 2015). Deste modo, percebe-se que os traços de personalidade podem influenciar a perceção das condições e do ambiente de trabalho desempenhando um papel mediador entre o stress e as suas consequências, sendo determinantes para lidar com estímulos stressantes ou sendo adjuvantes no desenvolvimento desta síndrome (Ahmadpanah et al. 2015).

Existem alguns fatores predisponentes, de risco, que estão associados a esta síndrome nomeadamente: ambiente laboral inadequado, ser do sexo feminino, ser jovem, ser solteiro, ter expectativas altruístas exageradas, ter grandes desejos de prestígio, ter longos turnos de trabalho, ter menor suporte por parte dos chefes, trabalhar sozinho, estar no início da carreira, atribuir o sucesso ao acaso em vez de atribuir ao esforço e realização pessoais e ver incongruências relacionadas com as questões éticas (Sanchez-Reilly et al. 2013; Monteiro & Carlotto, 2014; Balcázar-Rincón et al. 2015).

Contrariamente, trabalhar em equipa, ser casado e ter filhos são fatores protetores, o que reflete a importância das relações interpessoais sejam elas de que natureza forem (Sanchez-Reilly et al. 2013; Vilà Falgueras et al. 2015).

O apoio social é um mecanismo socio-emocional e é definido como a ajuda dada a um determinado indivíduo pelos amigos, pela família ou por qualquer pessoa que o indivíduo considere importante. Pode-se evitar o efeito negativo do stress e o Síndrome de Burnout através do apoio social que os indivíduos recebem das pessoas que os rodeiam. É sabido que quando uma pessoa conta com os seus colegas de trabalho e estes a ajudam, sofre menos de Síndrome de Burnout.

A qualidade de vida e o Burnout estão também intimamente relacionados sendo importante salientar que a satisfação com a vida está relacionada com as atitudes que se têm face à vida no trabalho, face ao tempo livre e a outros campos. É o resultado das aspirações de uma pessoa e do que ela realmente possui (Vicentic et al. 2013; Doğan & Laçin, 2015).

Definição de Medicina Geral e Familiar

A Medicina Geral e Familiar (MGF) geralmente é o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa, sendo por isso, fundamental. Esta especialidade utiliza de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, através do trabalho com outros profissionais no contexto dos cuidados de saúde primários e através da gestão da interface com outras especialidades. Deste modo, assegura que os pacientes recorram ao profissional de saúde mais apropriado ao seu problema específico, garantindo também que as pessoas que necessitam de serviços de tecnologia de ponta baseados nos cuidados secundários poderão aceder adequadamente aos mesmos.

É uma especialidade que pratica uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, para a sua família e para a sua comunidade, lidando não só com as pessoas, mas também com os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida. Tem uma visão abrangente dos problemas dos seus doentes, tentando compreender como o paciente consegue viver a sua vida e encarar a sua doença. Assim sendo, pode-se afirmar que a MGF se centra na pessoa com as suas crenças, medos, necessidades e expectativas. A relação médico-doente que se estabelece ao longo das várias consultas é também uma característica desta especialidade. Cada contacto entre o paciente e o seu médico de família contribui para uma história em evolução onde ocorre partilha de experiências prévias.

A abordagem da MGF deve ser constante desde o nascimento (e, por vezes, desde antes desse momento através do seguimento das gestações) até à morte (por vezes, até depois, acompanhando os familiares no período de luto). Desta forma, a continuidade de cuidados é garantida e é assegurado o seguimento dos doentes ao longo do ciclo da vida.

É importante realçar que os problemas de saúde apresentam-se aos médicos de família na comunidade de uma forma bastante diferente daquela com que se apresentam nos cuidados secundários. A MGF tem de lidar frequentemente não apenas com uma doença, mas com problemas múltiplos. Muitas vezes, o doente vem à consulta apresentando várias queixas e regularmente, este número de queixas aumenta com a idade. Além disso, os doentes podem recorrer ao médico de família ainda no início dos sintomas, sendo essa uma fase precoce em que é difícil fazer um diagnóstico. Mesmo quando os sinais e sintomas de uma determinada doença são bem conhecidos estes podem ser inespecíficos e comuns a um conjunto de doenças pelo que a gestão do risco nestas circunstâncias é um aspeto chave desta especialidade.

Ao lidar com questões de saúde, é responsável não só pelo doente individual como pela comunidade mais alargada.

Em modo de conclusão pode-se afirmar que as principais características que definem a MGF são: a gestão de cuidados primários, os cuidados centrados na pessoa, as aptidões específicas de resolução de problemas, a abordagem abrangente, a orientação comunitária e a modelação holística. Enquanto especialidade centrada na pessoa, devem ser considerados como essenciais três aspetos: aspetos do contexto (da pessoa, da sua família, comunidade e cultura), aspetos de atitude (capacidades, valores e ética profissionais) e aspetos científicos (abordagem clínica crítica, baseada na investigação científica e numa aprendizagem e melhoria de qualidade contínuas) (Allen et al. 2002).

Papel do Médico de Família

Os médicos de família são médicos pessoais responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos (Allen et al. 2002) Eles são a base do sistema de saúde (Aguirre Roldán & Quijano Barriga 2015). Prestam cuidados a indivíduos no contexto das respetivas famílias, comunidades e culturas. Quando elaboram os planos de ação terapêuticos com os seus doentes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo aos conhecimentos gerados pelos repetidos contactos médico-doente. Desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos (Allen et al. 2002; Aguirre Roldán & Quijano Barriga 2015).

Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros (Allen et al. 2002). O seu trabalho é multifacetado, desafiante e bastante abrangente requerendo um elevado número de conhecimentos e aptidões (Torppa et al. 2015).

Geralmente, os médicos de família trabalham em equipa com outros profissionais dos cuidados de saúde primários, partilhando responsabilidades, objetivos e estabelecendo relações de cooperação. Este método de trabalho em equipa traz inúmeras vantagens, nomeadamente, o aumento da produtividade, a produção de resultados de maior qualidade e favorece a comunicação e o compromisso dos profissionais (Vilà Falgueras et al. 2015). Para exercer a especialidade, o clínico competente implementará competências em três importantes áreas: as tarefas clínicas, a comunicação com os doentes e a gestão da prática clínica (Allen et al. 2002).

Síndrome de Burnout nos Médicos de MGF

Prevalência

Estima-se que cerca de 30-40% dos médicos sofram de Burnout a um nível suficiente para afetar o seu desempenho profissional e pessoal (Abyad et al. 2016). A prevalência de Burnout em médicos de família tem aumentado nas últimas décadas (Mata et al. 2016). Vários estudos exploraram a incidência e a prevalência dos níveis de exaustão emocional e de Burnout nestes profissionais, sendo que este último parece ser comum e tem prevalências variáveis entre 12% e 42% (Siu et al. 2012; Pedersen et al. 2013).

Um estudo dinamarquês com sete anos de seguimento demonstrou uma incidência de Burnout de 13,5% entre clínicos gerais (Pedersen et al. 2013). Outro estudo realizado a nível da Europa calculou uma prevalência média de exaustão emocional nos médicos de família de 43% e de 31,5% de Burnout. Na Finlândia a prevalência de exaustão emocional em médicos de família foi de 18% (Torppa et al. 2015). Números semelhantes foram relatados entre internos de MGF Franceses e Australianos (16%) (Cooke et al. 2013; Galam et al. 2013). Noutro estudo realizado na Grã-Bretanha 46% dos médicos de família experienciaram elevados níveis de exaustão emocional, assim como na Sérvia (58%) (Orton et al. 2012; Vicentic et al. 2013). Nos Estados Unidos, quase metade dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários têm sintomas de Burnout (Shanafelt et al. 2012).

Num estudo português realizado em 2012 sobre os níveis de Burnout, foi utilizada uma amostra de 153 médicos de família distribuídos por todo o território nacional. No entanto, foi usada uma versão do instrumento de medida que não tinha sido previamente validada (Marcelino et al. 2012).

Foi também realizado um estudo a nível do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Pinhal Litoral que demonstrou uma prevalência de 7,2% de Burnout nos médicos especialistas de MGF (Mata et al. 2016).

Nos últimos anos têm sido realizados diversos estudos a nível mundial sobre stress ocupacional e Burnout em médicos internos de MGF, mas pouco se sabe sobre este fenómeno em Portugal. Um estudo recente sobre tema realizado a nível dos médicos internos de MGF da zona Norte com uma amostra de 210 médicos, demonstrou que 29,8% dos internos apresentava exaustão emocional elevada, 17,7% apresentavam níveis de despersonalização elevados e 43,4% baixa realização pessoal, sendo esta última dimensão da Síndrome de Burnout a mais afetada das três (Mendes et al. 2017).

Causas de Síndrome de Burnout

Maslach e Leiter sistematizaram as principais causas da Síndrome de Burnout nomeadamente: o excesso de trabalho, a falta de controle, a remuneração insuficiente, o colapso da união, a ausência da equidade e valores conflitantes (Miguel et al. 2014).

Médicos e outros profissionais de saúde experienciam maiores níveis de esgotamento profissional em comparação com a população geral (Ahmadpanah et al. 2015). Vários estudos revelam níveis elevados de stress e Burnout nos profissionais de saúde tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Yang et al. 2015). Deste modo, compreender os fatores que afetam a satisfação profissional do médico é bastante importante, não só porque estes estão associados à qualidade do atendimento, à satisfação do doente e à aderência do mesmo aos tratamentos, mas também porque médicos insatisfeitos têm maior risco de Burnout (Dyrbye et al. 2013).

Estes profissionais são submetidos a diversos fatores ocupacionais stressantes, sendo que o seu exercício profissional é marcado não só por múltiplas exigências (onde estão incluídas as condições desfavoráveis de trabalho e as constantes reestruturações e novas tecnologias às quais se têm de adaptar) mas também porque a interação médico-doente é carregada de fortes emoções que, ao longo do tempo, podem levar o profissional a vivenciar a exaustão emocional, a adotar atitudes de distanciamento e a sentir-se menos competente (Monteiro & Carlotto, 2014). Vários fatores, incluindo dificuldades na manutenção de um equilíbrio saudável entre a vida profissional e familiar e uma capacidade insuficiente de comunicação, podem estar associados com o Burnout (Fallowfield et al. 2014).

As fontes de Burnout em médicos começam na sua formação académica, uma vez que esta envolve várias horas de treino, cargas excessivas de trabalho, por vezes, privação de sono, competição, abnegação e isolamento social. Os médicos que conseguem sobreviver à sua formação, muitas vezes descobrem que as suas expectativas não correspondem à realidade. Em vez da vida ideal que imaginavam ter, encontram novas fontes de stress (Abyad et al. 2016). Os profissionais jovens começam a tomar consciência de que as recompensas pessoais, profissionais e económicas que recebem podem não corresponder às esperadas sendo que o início de carreira é também um período caracterizado por aumento da responsabilidade profissional, sobrecarga de trabalho e competição interpares (Abyad et al. 2016; Mendes et al. 2017). Apesar de começarem a aprender a gerir a incerteza da sua profissão, é durante este período que se encontram mais vulneráveis ao desenvolvimento de Burnout (Cooke et al. 2013).

Atualmente, os médicos lidam com longas horas de trabalho, más condições de trabalho (isto é, têm muitos doentes e muito pouco tempo para cada um deles),

distúrbios do sono por fazerem turnos noturnos, perda de autonomia (o médico é forçado a lidar com as implicações económicas, sociais e jurídicas das suas próprias decisões e os pacientes também estão cada vez melhor informados devido à informação existente na internet), falta de equilíbrio entre a sua atividade profissional e a sua vida pessoal, baixa remuneração em comparação com o esperado (uma vez que treinaram muito e trabalham durante muitas horas), poucas opções de promoção, grande responsabilidade profissional, lidando também diariamente com a doença e com a morte, com a sensação de fracasso quando o doente não está curado e com o medo das consequências legais devido a má prática médica (Tziner et al. 2015; Galletta et al. 2016).

Noutros estudos, o aumento do stress no trabalho foi associado a uma carga de trabalho pesada e ao seu efeito na vida privada, à pressão no trabalho, a queixas dos doentes e familiares, ao risco de violência, à má gestão, aos recursos inadequados, à formação insuficiente, falta de controlo sobre o trabalho, à falta de envolvimento na tomada de decisões e à baixa satisfação no trabalho (Vicentic et al. 2013). O perfeccionismo, a intolerância a frustrações, a rigidez das normas institucionais, o convívio com portadores de Síndrome de Burnout, as relações conflituosas e tensas e a comunicação ineficiente com os colegas de trabalho e a dificuldade em progredir na carreira são outros fatores desencadeantes de Burnout. É de salientar que a situação económica, quando afeta o sistema de saúde de um país, também influencia e justifica o maior acometimento dos profissionais de saúde por Burnout, uma vez que tais fatos acarretam maior burocracia, maior carga de trabalho e menos recursos humanos e materiais disponíveis (da Silveira et al. 2016).

Dentro dos médicos, aqueles que estão na linha da frente dos cuidados de saúde, onde estão incluídos os médicos de família, são o que apresentam os níveis mais elevados de síndrome de Burnout (Moss et al. 2016). Vários estudos sobre clínicos gerais demonstraram que o stress profissional prolongado em combinação com mecanismos de coping ineficazes leva ao desenvolvimento de Burnout (Vicentic et al. 2013).

Há evidência clara de que o número de médicos nos cuidados de saúde primários (CSP) contribui para a qualidade destes serviços. Nos países desenvolvidos, o número de utentes por médico de família é um importante indicador do funcionamento dos cuidados de saúde primários. Claro que, quanto maior o número de utentes por médico, maior carga de trabalho, o que tem implicações na acessibilidade dos doentes a estes serviços e na satisfação do médico (Smolković et al. 2014). Dada a importância dos CSP nos sistemas de saúde e na saúde das populações, é importante identificar os fatores que contribuem para a qualidade dos cuidados primários (Starfield, 2012;

Sanchez-Piedra et al. 2017). Um estudo europeu demonstrou que a satisfação laboral e a síndrome de Burnout nos médicos de família estão fortemente relacionados com maior carga de trabalho (Smolković et al. 2014).

Os médicos de medicina geral assistem, muitas vezes, a sintomas e sinais iniciais de doenças quando estas ainda são pouco diferenciadas, pelo que estão particularmente expostos à incerteza na tomada de decisões. Segundo um estudo nos Estados Unidos da América, maior intolerância à incerteza clínica tem sido relacionada com Burnout nos médicos dos cuidados de saúde primários (Cooke et al. 2013).

Apesar dos avanços e das conquistas deste tipo de cuidados, o processo de trabalho ainda impõe uma série de limitações não só aos usuários que dela dependem, mas também aos profissionais que nela atuam. Fatores como composição insuficiente das equipas, baixos salários, precariedade nos contratos de trabalho, inadequação da estrutura física das unidades, sobrecarga de atendimento, poucas possibilidades de promoção, conflitos das equipas de saúde com os poderes locais e a avaliação baseada em produtividade têm sido considerados como responsáveis por gerar insatisfação, stress e adoecimento entre os trabalhadores destas unidades, incluindo os médicos (Menezes & Guedes, 2014; Mercés et al. 2015; das Mercés et al. 2016).

Muitos dos médicos de família já experienciaram as intermináveis exigências das consultas, os cuidados cada vez mais complexos dos doentes, as tarefas administrativas, as pressões para cumprir metas de desempenho de qualidade e o aumento dos requisitos de documentação. É de salientar que uma quantidade preocupante deste trabalho acontece não apenas no horário das consultas, mas também depois, o que pode representar uma estimativa adicional de 8 horas de trabalho por semana ou mais (Thompson & Walter, 2016).

Num estudo recente realizado no Reino Unido é realçado que a satisfação laboral dos médicos de família regista os níveis mais baixos desde 2001, sendo que 2/3 consideram que a excessiva carga de trabalho é insustentável (Gibson et al. 2015; Croxson et al. 2017). Neste mesmo estudo, 93% dos médicos de família consideravam que a sobrecarga de trabalho tinha impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados ao doente e 68% afirmavam experienciar stress ocupacional (Croxson et al. 2017).

Um estudo realizado na Finlândia concluiu que a exaustão emocional e consequentemente o Burnout, podem ser um risco para os médicos de família durante toda a sua carreira, pelo que é importante que eles próprios sejam capazes de reconhecer em si mesmos uma potencial situação de Burnout (Torppa et al. 2015; Jones & Davies, 2016).

Consequências do Síndrome de Burnout

O stress e o Burnout são frequentemente citados como as principais razões pelas quais os médicos decidem sair da profissão, mudando de especialidade ou até mesmo de carreira (Gregory & Menser. 2015). Os médicos de família são dos especialistas que mais voltariam a escolher novamente o curso de medicina, mas que não escolheriam novamente a sua especialidade (Abyad et al. 2016).

Apesar da presença de Burnout, a maioria dos médicos de família geralmente não procura ajuda, o que pode levar a uma diminuição no seu desempenho e até mesmo comprometer o tratamento adequado dos doentes (Marcelino et al. 2012). Deste modo, percebe-se que este Síndrome afeta não só o médico, mas também outras pessoas, nomeadamente, a sua família, os seus doentes, a sua equipa e a própria instituição de saúde onde trabalha (Jones & Davies, 2016).

O Burnout nos médicos contribui para maiores taxas de divórcio, alcoolismo e abuso de drogas e, em último caso, para maiores taxas de suicídio (Jones & Davies, 2016; Shanafelt & Noseworthy, 2016).

O Síndrome de Burnout aparece comumente associado à diminuição da produção, do trabalho executado e ao aumento de acidentes ocupacionais que podem acarretar consideráveis prejuízos financeiros para as organizações, prejuízos para a própria saúde dos profissionais e pode gerar danos diretos e indiretos aos doentes atendidos. (Martins et al. 2014). Uma das consequências importantes de referir é o facto do Burnout afetar também a empatia do médico. Médicos com este síndrome têm menor capacidade de se colocar na posição do doente e de o escutar de forma empática, optando por se protegerem a si próprios distanciando-se dos doentes (Picard et al. 2015).

Num artigo publicado pelo British Medical Journal Open, os autores sugerem que médicos em Burnout têm menor capacidade de lidar com novos problemas médicos e de gerir a incerteza clínica (Orton et al. 2012).

O Burnout leva a cuidados de menor qualidade, menores taxas de satisfação dos doentes, maiores taxas de erros médicos, maior risco de má prática médica e comportamentos disruptivos (Jones & Davies, 2016). Outras consequências deste síndrome são: a falta de integração entre os membros da equipa de trabalho, o aumento dos gastos em tempo e dinheiro, devido à alta rotatividade de funcionários e à renovação dos profissionais (visto que os profissionais de saúde acometidos por Burnout são mais propensos ao absentismo), os atrasos frequentes, as longas pausas no trabalho, a diminuição do compromisso assumido, a diminuição do rendimento e a incapacidade para realizar o trabalho com rigor (Dewa et al. 2014; Shanafelt et al. 2014; Aguirre Roldán & Quijano Barriga 2015; da Silveira et al. 2016).

Assim sendo, conclui-se que há uma necessidade de implementar medidas estratégicas no ambiente laboral, que reduzam a incidência de Burnout em profissionais de saúde, melhorando o seu bem-estar físico e psicológico e potenciando a qualidade do serviço de saúde (das Mercedes et al. 2016; Marôco et al. 2016).

Conclusão

O stress é um dos fatores que mais contribui para a existência de problemas de saúde na população geral sendo o mundo trabalho um dos seus principais causadores. Os profissionais de saúde são um grupo especialmente afetado, sendo que nestes as repercussões sentidas no seu desempenho profissional afetam não só o próprio como também os utentes.

O termo Burnout surgiu pela primeira vez na década de 70 mas ainda hoje, devido à sua crescente prevalência em diferentes áreas laborais, continua a ser um tema atual e de importante abordagem. A Síndrome de Burnout caracteriza-se por três dimensões principais e manifesta-se por sintomas a diversos níveis, nomeadamente, emocional, psíquico, físico e comportamental, sendo que o seu diagnóstico precoce é essencial para uma intervenção eficaz. É importante realçar que, apesar de existirem alguns fatores que predis põem a esta síndrome, existem também outros que são protetores.

A Medicina Geral e Familiar é o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa. Deste modo, os médicos desta especialidade desempenham um papel de grande relevância nos Sistemas de Saúde, prestando cuidados contínuos centrados não só no indivíduo, mas tendo também em conta o seu contexto sociofamiliar, o que torna o seu trabalho multifacetado e abrangente.

Apesar da profissão médica ser bastante enriquecedora, está no topo das profissões mais stressantes, sendo que as fontes de Burnout se iniciam desde cedo na formação académica. Atualmente, os médicos lidam com inúmeros fatores como longas horas e más condições de trabalho, que os leva a desenvolver esta síndrome. Dentro da classe médica, os médicos de família são os que apresentam os níveis mais elevados de Síndrome de Burnout. A maior carga de trabalho, a maior intolerância à incerteza clínica, a composição insuficiente das equipas, os baixos salários, a precariedade nos contratos de trabalho, a inadequação da estrutura física das unidades, as exigências das consultas, os cuidados cada vez mais complexos dos doentes, as tarefas administrativas, as pressões para cumprir metas de desempenho de qualidade e o aumento dos requisitos de documentação são alguns dos fatores que contribuem para que assim seja.

Visto que a maioria dos médicos de família, apesar de estarem em Burnout, não procura ajuda, o tratamento dos seus doentes pode ser prejudicado. Médicos com elevados níveis de Burnout tendem a desvalorizar as questões e as opiniões dos doentes, cometendo mais erros e têm menor capacidade de se colocar na posição do

doente e de o escutar de forma empática, optando por se protegerem a si próprios e distanciando-se da pessoa que é objeto dos seus cuidados.

Tendo em conta a sua crescente prevalência, o facto do stress e do Burnout serem frequentemente citados como as principais razões pelas quais os médicos decidem abandonar a profissão e pelas consequências que esta síndrome demonstra ter, há uma necessidade de implementar medidas estratégicas no ambiente profissional que reduzam a incidência de Burnout em profissionais de saúde, nomeadamente, nos médicos de família, melhorando o seu bem-estar físico e psicológico e potenciando a qualidade dos serviços de saúde.

Na minha opinião e após ter tido um contacto mais próximo com MGF neste último ano de curso, acho que os médicos de família do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português estão cada vez mais sobrecarregados o que propicia o desenvolvimento de Burnout. Os médicos desta especialidade têm de executar tantas tarefas administrativas que, muitas vezes, não as conseguem efetuar dentro do seu horário de trabalho realizando várias horas extraordinárias não remuneradas e, muitas vezes, sem percecionarem gratificação e reconhecimento. Cada vez mais dispõem de menos recursos para a realização da sua função enquanto médicos o que prejudica a qualidade dos serviços prestados ao utente (excessivo número de doentes e menos tempo para a realização das consultas). Todos estes fatores fazem com que o Burnout surja nesta classe que é considerada a base do SNS.

A minha escolha incidiu neste tema porque, além de ser atual é, ao mesmo tempo, preocupante. Muitas pessoas associam os médicos de família a médicos com grande qualidade de vida por terem um horário de trabalho diferente dos outros profissionais da área da Medicina, no entanto, a crescente incidência de Burnout nesta classe vem quebrar este estigma.

Por último e para terminar, gostaria apenas de dizer que, apesar de este ser um tema bastante estudado, em Portugal ainda existem muito poucos dados sobre este assunto pelo que considero que seria da maior importância a realização de mais estudos nesta área que conduzam à implementação de medidas de prevenção eficazes.

Referências Bibliográficas

Abyad, A., Almustafa, B. et al. (2016). Frequency of Job-Related Burn-out in Family Physicians working in General / Family Practice in the Middle East. *Middle East Journal of Family Medicine*, 14(6), 4–11.

Aguirre Roldán, A. M., & Quijano Barriga, A. M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198–205.

Ahmadpanah, M., Torabian, S. et al. (2015). Association of occupational burnout and type of personality in Iranian general practitioners. *Work*, 51(2), 315–319.

Ahola, K., Hakanen, J. et al. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 29–37.

Allen, J., Gay, B. et al. (2002). A Definição Europeia (CLÍNICA GERAL/MEDICINA FAMILIAR). Wonca.

Bakusic, J., Schaufeli, W. et al. (2016). Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 92, 34–44.

Balcázar-Rincón, L. E., Montejo-Fraga, L. F. et al. (2015). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Atención Familiar*, 22(4), 111–114.

Bezerra, L., Gianasi, D. S. et al. (2014). A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde laboral y sus, 14(3), 756–772.

Bianchi, R., Schonfeld, I. S. et al. (2015a). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41.

Bianchi, R., Schonfeld, I. S. M. et al. (2015b). Interpersonal rejection sensitivity predicts burnout: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 75, 216–219.

- Bianchi, R., Verkuilen, J. et al. (2016). Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry Research*, 245, 91–98.
- Cazan, A.-M., & Năstasă, L. E. (2015). Emotional Intelligence, Satisfaction with Life and Burnout among University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 180, 1574–1578.
- Chiu, L. Y. L., Stewart, K. et al. (2015). The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 172, 361–366.
- Cooke, G. P. E., Doust, J. A. et al. (2013). A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*, 13(2), 1–6.
- Cordeiro, A. P., Pestana, C. et al. (2015). Desmotivação e “Burnout” nos Médicos. *MD Centro*, 29–30.
- Craiovan, P. M. (2015). Burnout, Depression and Quality of Life among the Romanian Employees Working in Non-governmental Organizations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 234–238.
- Croxson, C. H., Ashdown, H. F. et al. (2017). GPs’ perceptions of workload in England: a qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 138–147.
- da Silveira, Ana Luiza Pereira; Colleta, T. C. D. et al. (2016). Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 14(3), 275–284.
- das Mercês, M. C., Carneiro e Cordeiro, T. M. S. et al. (2016). Síndrome De Burnout Em Trabalhadores De Enfermagem Da Atenção Básica À Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1–9.
- de Moraes, A. G., Wilson, M. E. et al. (2015). The Impact of emotional intelligence on Burnout, Job CSI, Self-Compassion and Communication Skills in Critical Care Trainees. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191:A228.

Dewa, C. S., Loong, D. et al. (2014). How does burnout affect physician productivity - A systematic literature review. *BMC Health Service Research*, 14(325).

Doğan, B. G., & Laçin, E. (2015). Predicatives of the Workers' Burnout Level: Life Satisfaction and Social Support. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1801–1806.

Dyrbye, L. N., Varkey, P. et al. (2013). Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358–1367.

Estramiana, J. L. Á., Gondim, S. M. G. et al. (2012). Desemprego y Bienestar Psicológico en Brasil y España: Un Estudio Comparativo Resumen. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*, 12(1), 5–16.

Fallowfield, L., Guarneri, V. et al. (2014). Blurring of boundaries in the doctor-patient relationship. *The Lancet Oncology*, 15, 1423–1424.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
Galam, E., Komly, V. et al. (2013). Burnout among French GPs in trainin: A cross sectional study. *British Journal of General Practice*, (March), 217–224.

Galletta, M., Portoghese, I. et al. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 59–66.

García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M. et al. (2016). Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. *Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(5), 400–406.

Gibson, J., Checkland, K. et al. (2015). Eighth National GP Worklife Survey. *Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System*, 1–30.

Gómez-gascón, T., Martín-fernández, J. et al. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 14(173).

Gregory, S. T., & Menser, T. (2015). Burnout Among Primary Care Physicians: A Test of the Areas of Worklife Model. *Journal of Healthcare Management*, 60(2), 133–148.

Halpern, J., Gurevich, M. et al. (2009). Interventions for critical incident stress in emergency medical services: a qualitative study. *Stress and Health*, 25, 139–149.

Hao, S., Hong, W. et al. (2015). Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. *Personality and Individual Differences*, 83, 65–71.

Jones, D., & Davies, P. (2016). Burnout in general practice. *InnovAiT*, 9(6), 364–369.

Kasper, S., & Dienel, A. (2017). Multicenter, open-label, exploratory clinical trial with *Rhodiola rosea* extract in patients suffering from burnout symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 889–898.

Maes, J. H. R., Verbraak, M. J. P. M. et al. (2012). Burned out cognition-cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(4), 358–369.

Marcelino, G., Cerveira, J. M. et al. (2012). Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open.*, 2(:001050), 1–7.

Marôco, J., Marôco, A. L. et al. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30.

Martins, L. F., Laport, T. J. et al. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4739–4750.

Mata, C., Machado, S. et al. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 32, 179–186.

Mendes, P., Cardoso, V. P. et al. (2017). Stress e Burnout em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 33, 16–28.

Menezes, C., & Guedes, J. (2014). A formação de profissionais de enfermagem para atenção básica à saúde. *J Manag Prim Health Care*, 5(1), 10–18.

Merces, M., Silva, D. et al. (2015). Síndrome de Burnout em enfermeiras da atenção básica à saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Epidemiologia E Controle Da Infecção*, 5(2), 100–104.

Miguel, U., Rodrigues, P. et al. (2014). Síndrome De Burnout Na Equipe De Saúde Da Família: Uma Revisão Da Literatura. *Revista Saúde E Desenvolvimento*, 5(3).

Monteiro, J. K., & Carlotto, M. S. (2014). Preditores da Síndrome de Burnout em Trabalhadores da Saúde no Contexto Hospitalar. *Interação Psicol.*, 18(3), 287–295.

Montero-Marín, J., Araya, R. et al. (2012). Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. *BMC Public Health*, 12(922).

Moss, M., Good, V. S. et al. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement - Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*, 150(1), 17–26.

Orton, P., Orton, C. et al. (2012). Depersonalised doctors : a cross-sectional study of 564 doctors , 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open*, 2:e00274.

Pedersen, A. F., Andersen, C. M. et al. (2013). Risk of Burnout in Danish GPs and Exploration of Factors Associated with Development of Burnout: A Two-Wave Panel Study. *International Journal of Family Medicine*, 1–8.

Picard, J., Catu-pinault, A. et al. (2015). Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychology, Health & Medicine*.

Roque, L., & Soares, L. (2012). Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 2–14.

Sanchez-Piedra, C. A., Jaruseviciene, L. et al. (2017). Factors associated with professional satisfaction in primary care: Results from EUprimecare project. *European Journal of General Practice*, 23(1), 114–120.

Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J. et al. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81.

Sanchez, S., Mahmoudi, R. et al. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 175–183.

Shanafelt, T. D., Boone, S. et al. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *ARCH INTERN MED*, 172(18), 1377–1385.

Shanafelt, T. D., & Noseworthyohn, J. H. (2016). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 1–18.

Shanafelt, T. D., Raymond, M. et al. (2014). Satisfaction With Work-Life Balance and the Career and Retirement Plans of US Oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(11), 1127–1134.

Siu, C. F. Y., Yuen, S. K. et al. (2012). Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey, 18(3), 186–194.

Smolković, L., Kujundžić-Tiljak, M. et al. (2014). Trends in general practitioners/family doctors workload in Croatia in period 1995-2012. *Collegium Antropologicum*, 38, 19–24.

Sokka, L., Leinikka, M. et al. (2016). Job burnout is associated with dysfunctions in brain mechanisms of voluntary and involuntary attention. *Biological Psychology*, 117, 56–66.

Souza, P. De, & Freitas, S. (2016). O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde, 20(1), 90–98.

Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit*, 26, 20–26.

Thompson, M., & Walter, F. (2016). Increases in general practice workload in England. *The Lancet*, 387, 2270–2272.

Toker, S., & Biron, M. (2012). Job Burnout and Depression: Unraveling Their Temporal Relationship and Considering the Role of Physical Activity. *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 699–710.

Torppa, M. A., Kuikka, L. et al. (2015). Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33, 178–183.

Tremolada, M., Schiavo, S. et al. (2015). Stress, Burnout, and Job Satisfaction in 470 Health Professionals in 98 Apheresis Units in Italy: A SIdEM Collaborative Study. *Journal of Clinical Apheresis*.

Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 782–787.

Tziner, A., Rabenu, E. et al. (2015). Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 31(3), 207–213.

Urien Angulo, B. & Osca, A. (2012). Role Stressors, Task-Oriented Norm and Job Satisfaction: A Longitudinal Study. *Revista De Psicología Del Trabajo Y De Las Organizaciones*, 28(3), 171–181.

Vicentic, S., Gasic, M. J. et al. (2013). Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists. *Work*, 45(1), 129–138.

Vilà Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C. et al. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25–31.

Vlachou, E. M., Damigos, D. et al. (2016). The relationship between burnout syndrome and emotional intelligence in healthcare professionals. *Health Science Journal*, 10(5:2), 1-9.

Whitebird, R. R., Solberg, L. I. et al. (2016). Clinician burnout and satisfaction with resources in caring for complex patients. *General Hospital Psychiatry*, 44, 91–95.

Yang, S., Meredith, P. et al. (2015). Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, 15, 15–20.

Zubairi, A. J., & Noordin, S. (2016). Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine and Surgery*, 6, 60–63.